



CENTRO DE
ESPECIALIDADES
MÉDICAS

JUSTIFICANTE MÉDICO TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

DR: XXXXXXXXXXXX
CED. PROF. XXXXX

NOMBRE DEL PACIENTE:

Xxxx xxxxx xxxxx

EDAD:

xx

SEXO:

xxxxxxx

Xxxx xxxx xxxxxxx

Con este documento, se informa que el paciente mencionado anteriormente ha sido diagnosticado con una afección musculoesquelética que requiere tratamiento fisioterapéutico. Este tratamiento es necesario para ayudar al paciente a recuperar su función y reducir el dolor asociado con su afección.

Se recomienda que el paciente complete un programa de tratamiento fisioterapéutico de (número de sesiones recomendadas) sesiones, con una frecuencia de (frecuencia recomendada) sesiones por semana. Cada sesión tendrá una duración aproximada de (duración recomendada) minutos.

Se le solicita que se le permita el tiempo necesario para completar el programa de tratamiento recomendado sin penalización en su trabajo o en su escuela.

Gracias por su atención y cooperación en este asunto.

Atentamente,

(firma)

Dr. Xxx xxx xxx

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

AV. Xxx xxxx xxxx
TELÉFONO xxxx xxxx